APF	APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतू आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखमाल)					Koshika	
APPLICATION No.: V/02 २५/1653			APPLICATION DATE : ०२/०२/२५			Toundation	
NAME OF APPLICANT: Chandravati Devi			,		SEX Ren		
FATHER'S/SPOUSE'S पिता/कटुम्म का नाम	NAME: DE	nga				AGA	
Dr. val-		PRESENT RESIDENCE ADDRE	SS वर्तमान	आवासीय पता		PASTE PHOTO HERE	
Bisah		Jahuli, Igila	& /			Percob Postop	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता						letop lesty	
		same as	abov	e		-	
OCCUPATION : व्यवसाय	ŧ	Iome Make	77			त) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCO कुल वार्षिक आय PAN No. स्थाई खाता स	S	0000 /- (F	amil	(K)	(Attach Proof of (आय का साध्य	Income) संलान) NA	
ARE YOU AN INCOME	TAX ASSESSEE	(Tick whichever is applicable):		Yes / No			
क्या आप आय कर दाता	है (जो मान्य हो र	स पर सही का निशान लगाये।		हां / नहीं			
Sr. No.	No.	me of Family Member	The second livering the se	TAILS परिवार विवर (Years)	ण Gender	Relation with Applicant	
क्षम संख्या	1 7	परिवार के सदस्यों का नाम		(वर्ष)	लिंग -	आवेदक के साथ सुम्बध	
1 -	Bhur	Singh	6	3	M	Husband	
2	Barnan			3.8	M	Son	
3+	Neelam			34	F	Daughter in taw	
						9	
	+						
		BASIS for REQUESTING AS सहायता के लिये विनी		(Tick whichever)	s applicable)		
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छत्या प्रति संलग्न करे।		EWS Cortificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की काया प्रति संलग्न करे।		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को झाया प्रति संलग्न करे।		Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य	
		सहायता हेतु	किये गये वि	ring assistance वनती का उद्देश्यः			
Sr. No. Medical Reports/Prescriptions Attached क्रम संख्या अस्मताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सुची संलग्न							
365 1034	RE - Catarant						
LE. Cataract							
SWIGETY- (E) - STOS + PMMA							
The state of the s							
		ASSISTANCE BEING AVAILED		DUDGGGGG			
		इस उद्देश्य के हेतू कोई अ				· ·	
Sr. No.		NAME of OTHER SOUR	CE		AMOUNT o	ASSISTANCE BEING AVAILED	
क्रम संख्या	THE PARTY OF THE P			2000/-		ली गई सहायता राशी	
	-			08.5			
	-						

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं चोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुमार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे ह्वारा जो सहायता ग्रांश "कोशिका फाउन्डेशन", से शी जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- मैं पुष्टि करता हैं कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस शांश का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोतः नियोजक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लुँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपन्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता. फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है. उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिविधियों ओर उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्हेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय ऑतम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आचेदक के हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (\$1440000 gitt WHITE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate essistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताधरी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्टेशन" से चितिय सहायता हेतु सिफारिश को जाती है, जिसे हम (हस्यताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवित्य में वितिय सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति आर्शिक/सकल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्णिट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उकत रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति की है। सेगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचारप्रक्रिया का चुन्नन सेगी एक उपचार

के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दशक नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अर्जू अर्थने की सबसे जिस्स्येश सेवी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पृपिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

> RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE स्वीकृती के लिए संस्तृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

SHAHI CHTHALMOLOGY Red No.9

(Name of De & Regn. No. With Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Administrator

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

15-06-2023